1922
JUN 19 1923

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Franz Arndt,
approb. Arzt.

Referent: Prof. Dr. Voelcker.

Halle a. d. S. 1922
Buchdruckerei des Waisenhauses

Die Chirurgie des Ductus thoracicus.

Da die Verletzungen des ductus thoracicus das Hauptinteresse des Chirurgen beanspruchen, beginne ich mit diesen und gehe danach auf die Erkrankungen des großen Lymphstranges ein.

Wir teilen die Verletzungen in operative und akzidentelle ein. Die Fälle von operativen Verletzungen finden sich in einer Arbeit von Denis G. Zesas aus dem Jahre 1912 zusammengestellt. Sie werden durch sechs weitere ergänzt, die ich in der Literatur nach 1912 fand.

Sämtliche beschriebenen Fälle betreffen den d. th. in seinem Halsteile. Die Eingriffe, die zur Verletzung führten, bezogen sich der Häufigkeit nach geordnet auf die Exstirpation tuberkulöser Halsdrüsen, Carzinom-Metastasen, anderer Halstumoren und einmal eines Aneurysmas.

Im Hinblick auf den Ausgang der zu unserer Kenntnis gelangten Fälle ist bei jedem Verdacht einer Duktusverletzung eine wirksame chirurgische Therapie vonnöten, da es andernfalls zu bedrohlicher Entkräftung und, wie es zu verschiedenen Malen vorgekommen ist, sogar zum exitus letalis infolge der Chylorrhoe kommt.

Nach dem Erfolg der angewandten Methoden zum Verschluß der Läsionsstelle ist die Naht die Methode der Wahl. Ihr folgt als nächst wirksame Maßnahme die Unterbindung. Sollte diese mißlingen, so bringt auch erfahrungsgemäß das Anlegen einer Dauerklemme für einige Tage den gewünschten Erfolg des Aufhörens der Chylorrhoe. Die Tamponade soll nach dem Urteil sämtlicher Autoren wegen ihrer Unzuverlässigkeit nur in Anwendung kommen, wenn Naht und Unterbindung aus äußeren Gründen versagen. Vor Um-

stechung des d. th. wird wegen der Nähe der großen Blutgefäße mit Recht gewarnt.

Von den akzidentellen Verletzungen des d. th. fand ich 26 Fälle in der Literatur beschrieben und zwar wiederum 24 in einer Zusammenstellung von Zesas und zwei jüngeren Datums.

Sie betreffen sämtlich bis auf einen den Lymphstrang in seinem Brustteile und sind teils durch direkte Schuß-, Stich- oder Schnittwirkung, teils indirekt im Gefolge von Rippen- oder Wirbelfrakturen und Contrecoup zustande gekommen.

Die Symptome bestanden in fast allen Fällen in der Bildung eines Chylothorax und einmal eines chylösen Aszites.

Wie Boegehold in seinen dahingehenden Studien aus dem Jahre 1883 nachgewiesen hat, hängt die Prognose der Verletzung von dem Grade der Läsion ab. Kleine Verletzungen können nach dem Ergebnis seiner Tierversuche schon durch die Retraktionsfähigkeit der Gefäßwand zum Verschluß gebracht werden, während bei größeren die Heilung durch Bildung von Fibringerinnseln erfolgt.

Einer Förderung dieser spontanen Heilungstendenz des Organismus durch die Hand des Chirurgen stehen die Schwierigkeiten des intrathorakalen Operationsweges entgegen, die trotz Überdruckverfahrens usw. kaum wesentlich herabgemindert sind. Die Therapie ist deshalb im allgemeinen auf palliative Maßnahmen beschränkt und besteht in dem Ablassen des durch Kompression schädlich wirkenden Flüssigkeitsergusses. Eine Durchsicht der Fälle ergibt aber, daß man mit diesem Eingriff so zurückhaltend wie möglich sein muß, da der Chylus sich bald wieder ansammelt und zu neuer Entleerung drängt, wodurch dem Körper die zweite Gefahr des Säfteverlustes droht. In den Fällen, wo der Chylothorax nicht auf einmalige Punktion hin aufhört, ist deshalb die Thorakotomie mit Rippenresektion empfohlen worden. Hierbei fällt die unliebsame Wiederansammlung von Chylus fort, da keine Druckerniedrigung im Pleuraraume entsteht und die Wunde des Milchbrustganges sich schließen kann. Die akzidentellen Verletzungen im Halsteile

des d. th. unterscheiden sich hinsichtlich der Therapie nicht von den operativen. Bei chylösem Aszites ist ein direktes Vorgehen gegen die Verletzung möglich, wenn die Flüssigkeitsansammlung zur Entleerung drängt.

Einen viel kleineren Raum als die Verletzungen des d. th. nehmen im Rahmen unserer Besprechung die Erkrankungen desselben ein, da sie seltener einen chirurgischen Eingriff erfordern.

Wir kennen aus der Literatur einige Fälle von allgemein pyogener Infektion des Milchbrustganges, die sekundär von Krankheitsherden im Abflußgebiet desselben entstanden sind. Ponfick und Weigert haben des näheren beschrieben, wie es auch bei Tuberkulose der Brust- und Bauchorgane zur Miterkrankung des d. th. kommen kann. Eine häufigere Erkrankung ist ferner die Carzinose des d. th. Alle diese Affektionen haben aber mehr pathologisch-anatomisches als chirurgisches Interesse. Sie sind alle sekundär entstanden, das Grundleiden beherrscht das Krankheitsbild und nur selten wird im Leben die Mitbeteiligung des d. th. bei seiner versteckten Lage überhaupt erkannt. Eine Ausnahme davon machen die Fälle, bei denen es zur Ausbildung eines chylösen Brust- oder Bauchfellergusses gekommen ist.

Die Behandlung dieser nichttraumatischen chylösen Ergüsse ist dieselbe wie die der traumatischen.

Etwas größere Bedeutung hätten die cystischen Erkrankungen des d. th. für die Chirurgie, wenn sie nicht in so geringer Anzahl vorkämen. Es sind davon nur wenige Fälle bekannt geworden. Sie betreffen den d. th. in seinem abdominellen Teile und wir reihen diese Cysten deshalb unter die größere Gruppe der retroperitonealen Cysten ein. Sie zeichnen sich klinisch durch Verdrängungs- und Kompressionserscheinungen aus, wenn sie eine gewisse Größe erreicht haben. Ihre Behandlung besteht nach Most in Ausschälung und Entfernung in toto. Wo bei größeren Cysten dieses Radikalverfahren nicht möglich ist, wird der Cystensack in die Bauchwand eingenäht und die große Wunde durch Beuteltamponade versorgt.